La Gouverne des soins infirmiers

dans le cadre d'une organisation de services intégrés

Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique

Orientations adoptées par le Bureau de l'OIIQ
à sa réunion des 30 septembre et 1er octobre



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Production
Service de l'édition
Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Conception et réalisation graphique
Marc Senécal / **inox**idée

Lecture d'épreuves
Odette Lord

Distribution
Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : (514) 935-5273
cdoc@oiiq.org
www.oiiq.org

Dépôt légal
© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004
4e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-341-3

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

Recherche et rédaction

Carole Mercier, inf., M.Sc.(Adm. de la santé)
Directrice-conseil
Direction des affaires externes, OIIQ

Karine Labarre, inf., B.Sc.
Infirmière-conseil jusqu'en mai 2004
Direction des affaires externes, OIIQ

Consultations externes

Agnès Gaudreault, M.Sc.inf.
Responsable des soins infirmiers
et conseillère clinique
CLSC – CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier

Johanne Gauthier, B.Sc.inf.
Responsable des soins infirmiers
CLSC Ahuntsic
Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain

Michèle Nadon, inf., M.Sc.(A)
Directrice des soins infirmiers
Hôpital juif de réadaptation

Nicole Perrier, inf., M.A.P.
Directrice des soins infirmiers
Résidence Riviera

France Ratelle, M.Sc.inf.
Directrice des programmes
et services cliniques
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau

Claudette Rivard, inf., M.Sc.(Adm.)
Directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier universitaire de Québec

Louise Savard, inf., M.Sc.
(adm. de la santé)
Directrice des soins et des services
aux bénéficiaires
CHSLD Lachine, Nazaire-Piché
et Foyer Dorval

Lucie Tremblay, inf., Adm. A. CHE
Directrice des soins infirmiers
et services cliniques
Centre gériatrique Maïmonides

Consultations internes

Carole Deshaies, inf., M.Sc.
Présidente du Comité d'inspection professionnelle
Bureau de l'inspection professionnelle, OIIQ

Judith Leprohon, inf., Ph.D.
Directrice scientifique
Direction scientifique, OIIQ

Marie Valois, M.Sc.
Directrice
Direction de l'exploitation des données
corporatives, OIIQ

Entrevues

Jacinthe Normand, B.Sc.inf., M.A.P.
Directrice-conseil
Direction des affaires externes, OIIQ

Louise Potvin, B.Sc.inf., M.B.A.
Directrice des soins infirmiers
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Danielle St-Louis, M.Sc.inf.
Directrice des soins infirmiers et de la qualité
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Table des matières

Préambule . . . 7
Introduction . . . 8

Chapitre 1 : **Les constats : un réseau de services en mutation**

Des modifications dans le profil de la clientèle . . . 11
L'intégration des soins et des services . . . 12
Une gestion plus serrée des effectifs infirmiers . . . 13
La prestation sécuritaire des soins et des services . . . 14
L'utilisation optimale des compétences professionnelles . . . 15
L'intégration de la relève et le transfert des connaissances en contexte de pénurie . . . 17

Chapitre 2 : **Les défis de la gestion des soins infirmiers**

La gestion par programme-clientèle . . . 18
La dynamique organisationnelle . . . 20
Les fonctions stratégiques de direction et les habiletés de gestion . . . 22
Les conditions de réalisation . . . 23

Chapitre 3 : **Une interprétation contemporaine des responsabilités légales de la directrice des soins infirmiers**

La qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes . . . 26
Les règles de soins . . . 26
Les compétences cliniques . . . 26
L'enseignement et la recherche . . . 27
Les effectifs en soins infirmiers . . . 28
Le soutien au conseil des infirmières et infirmiers et au comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires . . . 28
L'organisation des soins infirmiers . . . 29

Conclusion . . . 31
Annexe 1 : **L'évolution des effectifs du réseau** . . . 32
Annexe 2 : **Les articles 207 et 208 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*** . . . 34
Annexe 3 : **Les responsabilités de la directrice des soins infirmiers** . . . 35
Références . . . 40

Figure et tableaux

Figure : **La gouverne des soins infirmiers : Un modèle de pratique professionnelle par programme-clientèle** 25

Tableaux

Tableau 1 : **L'évolution de l'ensemble des effectifs du réseau** 32
Tableau 2 : **L'évolution des effectifs des secteurs de soins infirmiers** . . 33

Préambule

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) estime primordiale la fonction de directrice des soins infirmiers (DSI) dans le cadre d'une organisation de services intégrés et de la gestion par programme-clientèle. Cette fonction, hautement stratégique, requiert de la part de l'infirmière qui l'assume un solide leadership de compétence et d'influence afin de faciliter l'intégration des soins et des services et d'assurer la qualité et la sécurité des soins ainsi que le développement de la pratique professionnelle.

Des conditions minimales sont requises pour actualiser les responsabilités que *la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.S.)* lui confie. La DSI doit occuper un poste de cadre supérieur à temps complet, relever de la direction générale, être membre d'office du comité de direction, avoir les ressources pour la réalisation des différentes activités cliniques et administratives et détenir l'autorité pour exercer ses responsabilités, quel que soit le plan d'organisation. Il y a lieu de mettre fin à la désignation de « responsable des soins infirmiers » (RSI) sans responsabilités véritables, sans statut, sans ressources, qui ne peut d'aucune façon relever les défis proposés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. L'OIIQ a demandé des modifications à la *L.S.S.S.S.* afin que tout établissement, quelle que soit sa désignation, nomme une DSI.

Introduction

En tant qu'organisme de protection du public, l'OIIQ a toujours été préoccupé par la gouverne des soins infirmiers en raison de ses conséquences sur la qualité et la sécurité des soins. Dans le contexte d'une nouvelle réforme du système de santé qui se superpose à une décennie de restructurations et de compressions budgétaires, la gouverne des établissements de santé, et plus particulièrement celle des soins infirmiers, devra être redéfinie.

En effet, la récente adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (article 1) prévoit la mise en place d'une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. La mise en place des centres de santé et de services sociaux (CSSS) constitués d'un regroupement d'établissements amène à revoir les modes de gestion, la distribution des ressources et l'organisation des soins et des services. Les responsabilités de la DSI s'accroissent, car celle-ci devra désormais gérer la qualité et la sécurité des soins infirmiers pour la population d'un territoire où les services seront répartis sur un grand nombre de sites.

Par ailleurs, l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90) permet aux établissements de revoir les pratiques

professionnelles pour répondre à l'intégration des services dans un contexte qui nécessite une plus grande interdisciplinarité, alors que les restrictions budgétaires et la pénurie de main-d'œuvre se font toujours sentir. Une bonne connaissance des compétences spécifiques et partagées est en conséquence requise.

Dans un tel contexte, la DSI doit relever le défi de créer une culture de soins sécuritaires et un environnement de pratique qui favorise la collaboration interprofessionnelle et interétablissements, le développement d'une pratique professionnelle de qualité et l'émergence de projets cliniques novateurs.

Depuis près d'une décennie, l'implantation progressive d'une gestion par programme-clientèle remettait déjà en question les rôles et les responsabilités des cadres dirigeants (AHQ, 2000, p. 23). Nous assistions alors à des départs de plusieurs DSI de grands centres hospitaliers et à des redéfinitions de leurs responsabilités dans plusieurs autres.

L'*Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*, publiée par l'OIIQ en 2001, démontre clairement les difficultés qu'avaient plusieurs DSI et RSI à accomplir leur mandat. Elle révèle que 42 % des DSI et RSI trouvent difficile d'exercer leur mandat lorsqu'elles consacrent moins de cinq jours par semaine à cette fonction, qu'elles ont uniquement un rôle-conseil dans un contexte de gestion par programme (OIIQ, 2001, p. 27-28). Le manque de moyens appropriés, mais également la double tâche de gestionnaire de programme et de RSI et le statut ambigu que leur conférait la *L.S.S.S.S.* sont invoqués par plusieurs d'entre elles pour expliquer cet état de fait (ACCQ, 2002, p. 3-5, 11-12). C'est dans ce contexte que l'assemblée générale de l'OIIQ de 2002 adopta à l'unanimité une résolution stipulant que l'OIIQ étudie la question de la gouverne des soins infirmiers.

Plus récemment, le rapport de l'enquête sur la qualité des soins infirmiers effectuée par l'OIIQ au CHSLD Centre-Ville de Montréal (Résidences Saint-Charles-Borromée et Manoir de l'Âge d'Or) a été éloquent sur les conséquences de l'absence de direction de soins infirmiers au niveau de la qualité des soins infirmiers offerts aux résidants (OIIQ, 2004a).

Pour ces motifs, l'OIIQ actualise sa vision des responsabilités de la DSI dans le nouveau contexte qui caractérise le réseau public de santé et énonce les conditions nécessaires pour qu'elle puisse assumer le mandat qui lui est conféré par la *L.S.S.S.S.* dans une perspective de renouvellement organisationnel. La DSI joue un rôle essentiel non seulement sur le plan de la prestation sécuritaire des soins, mais également sur celui de la réussite du projet clinique à concevoir et à mettre en œuvre.

La Gouverne des soins infirmiers

Les constats : Un réseau de services en mutation

chapitre 1

Le réseau de la santé et des services sociaux a toujours été et sera probablement toujours en mutation. Il est influencé par l'évolution de l'être humain, la démographie, la technologie, les tendances sociales, les contraintes budgétaires de l'État, bref un ensemble d'éléments de fond qui exigent une adaptation continuelle des approches et des modèles d'organisation de soins et de services.

Actuellement, le réseau de la santé connaît une période particulièrement intense de changements qui posent des défis de toutes sortes pour la gouverne des établissements et celle des soins infirmiers. Parmi ceux-ci, notons :

- des modifications dans le profil de la clientèle;
- l'intégration des soins et des services;
- une gestion plus serrée des effectifs;
- la prestation sécuritaire des soins et des services;
- l'utilisation optimale des ressources professionnelles;
- l'intégration de la relève et le transfert des connaissances en contexte de pénurie.

Des modifications dans le profil de la clientèle

Un facteur majeur est en train de transformer le profil de la clientèle du réseau de la santé : le vieillissement de la population. Ce phénomène laisse déjà pressentir des répercussions sur les soins et les services. Il entraîne une augmentation de la demande de services tant en ambulatoire, en soins à domicile, en séjour hospitalier, qu'en hébergement.

Ces clientèles requièrent des soins qui nécessitent de plus en plus fréquemment et intensément l'intervention d'équipes interdisciplinaires, et ce, dans différents points de services selon l'étape à laquelle se situe la prise en charge du client. De plus, les familles des clientèles, particulièrement celles qui sont hébergées, doivent être considérées comme des partenaires à part entière et accompagnées dans leur engagement auprès de leur parent et, le cas échéant, dans leurs décisions en ce qui concerne le niveau de prise en charge thérapeutique.

À cette réalité s'en ajoutent d'autres, tel le niveau élevé de connaissances qu'a la clientèle sur son état de santé et sur les modes d'intervention possibles. La clientèle devient plus critique et exigeante par rapport à la coordination et à la continuité des soins et des services et exige, par le fait même, que les organisations et les professionnels répondent à ses attentes (AHQ, 2000, p. 7).

De plus, certaines clientèles vulnérables en raison de leurs facteurs de risque et celles particulières qui nécessitent une action coordonnée dans la prise en charge de leurs besoins ont été reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004c, p. 2) comme clientèles prioritaires.

Pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population et à ceux qui sont jugés prioritaires, un défi est lancé aux organisations du réseau, celui d'assumer une responsabilité populationnelle par une meilleure intégration des services.

Actuellement, les établissements de santé sont conviés à offrir des soins et des services, non seulement à une personne et à sa famille, mais à un groupe de clients et, plus encore, à une population. La DSI participe également à cette mission. Elle a à soutenir cette approche auprès du personnel en soins infirmiers. Pour répondre aux besoins complexes et diversifiés des clientèles de tous les programmes, y compris la population vieillissante ou aux prises avec des problèmes psychosociaux, elle s'assure que les professionnels en soins infirmiers ont les compétences requises et que l'organisation des soins est adaptée à ces clientèles. Ces impératifs s'ajoutent à ceux liés à l'évolution de la technologie, qui obligent les professionnels à modifier sans cesse leur pratique.

L'intégration des soins et des services

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* a pour objectif de favoriser la mise en place de réseaux locaux de services pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services à la population d'un territoire. Cette loi a des répercussions sur l'organisation des soins et des services, puisque les centres de santé et de services sociaux devront s'assurer de l'accès, de la prise en charge, du suivi et de la coordination des soins et des services de 1re, 2e et 3e lignes. Ces derniers auront la responsabilité de créer des liens entre les différents établissements ou les professionnels par le biais notamment d'ententes et par l'instauration de protocoles cliniques visant à simplifier les trajectoires, incluant les modalités de référence, de transfert et de suivi (MSSS, 2004c, p. 2-5-10-11).

Ainsi, la mobilisation des ressources humaines et le développement d'un partenariat entre les différents professionnels sont essentiels à l'élaboration du projet clinique dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun des professionnels. L'organisation des soins et des services doit donc désormais se situer dans une dynamique de collaboration professionnelle et organisationnelle accrue en vue d'une utilisation judicieuse des ressources, particulièrement en raison du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, de la diminution du nombre de lits de soins aigus et de la durée de séjour en milieu hospitalier, et du fractionnement des épisodes de soins et des résultats de santé à atteindre.

De tels constats imposent d'importantes exigences dans la façon de gérer. Les gestionnaires, particulièrement les DSI, doivent mettre à profit leur double compétence administrative et clinique afin d'offrir notamment le soutien nécessaire aux professionnels de la santé. Pour gérer ces changements, on requiert de la part des dirigeants non seulement un leadership clinico-administratif, mais également un leadership transformationnel.

La DSI et son équipe d'infirmières devront continuer à s'investir dans la conception d'outils

pour le suivi de clientèles selon les besoins des programmes. Elles auront à assurer l'intégration des meilleures pratiques professionnelles. La circulation de l'information entre les différents professionnels, les différents programmes et les organisations comptera également parmi les priorités, ainsi que la mise en place des conditions facilitant le travail en interdisciplinarité. La DSI soutiendra le rôle fondamental des infirmières dans le suivi intégré des clientèles, qui prend ici tout son sens.

Une gestion plus serrée des effectifs infirmiers

La mise en œuvre de stratégies visant à contrôler la croissance des coûts des services et des soins est une réalité de tous les jours qui interpelle les gestionnaires du réseau. En effet, l'augmentation exponentielle des coûts de soins de santé fait en sorte que les dépenses publiques de santé représentent actuellement 42,6 % des dépenses de programmes de la province (Conseil du trésor, 2004) et qu'elles accapareront une part encore plus grande de ces dépenses à l'avenir.

L'objectif du déficit zéro au cours des dernières années n'est pas le seul élément qui a eu des répercussions sur l'organisation des services dans le réseau. La loi qui interdit tout déficit budgétaire pèse aussi lourdement et réduit les marges de manœuvre des établissements de santé.

Voilà le contexte budgétaire et financier avec lequel les gestionnaires, et plus particulièrement les directions de soins infirmiers, doivent composer. D'importantes contraintes financières et organisationnelles affectent déjà l'offre de services et, dans une plus forte proportion, les secteurs en soins infirmiers. Ce contexte impose un cadre de gestion de l'efficacité des soins et l'atteinte des objectifs mentionnés requiert des directions de soins infirmiers bien structurées et dotées des effectifs requis.

Le défi de la direction des soins infirmiers est d'autant plus grand que le secteur des soins infirmiers constitue la masse critique de soignants dans les établissements, comprenant 44,7 % du personnel syndiqué du réseau (voir tableaux 1 et 2 de l'annexe 1). Cela suscite nécessairement un questionnement sur les façons de faire et sur l'utilisation optimale des ressources. D'ailleurs, l'implication de la direction des soins infirmiers dans la planification des ressources professionnelles est cruciale en raison de ses conséquences sur la qualité et la sécurité des soins.

Une recension des plus récentes études a été publiée par l'Agency for Healthcare Research and Quality en mars 2004. Celles-ci démontrent que des niveaux plus élevés de dotation en infirmières et de plus grandes proportions d'infirmières dans les organisations sont corrélés avec des taux plus bas de mortalité, de complications postchirurgicales et d'autres résultats négatifs « sensibles » aux soins infirmiers telles les pneumonies, les infections urinaires, les chutes, les lésions de pression (Stanton, 2004). À titre d'exemple, on rapporte qu'une importante étude américaine menée auprès de plus de 200 000 patients (Aiken *et al.*, 2002) a démontré que la diminution du ratio infirmière-patients est associée à une augmentation de la probabilité de décès chez les

patients en chirurgie 30 jours après leur admission, ainsi qu'à une augmentation de l'échec à sauver des patients de complications (*Failure to Rescue*).

En conséquence, nous croyons que la DSI doit être en mesure de déterminer les qualifications professionnelles, la structure des équipes de soins infirmiers et les modèles de distribution des soins permettant d'assurer des soins sécuritaires et de qualité, quelle que soit la structure organisationnelle.

La prestation sécuritaire des soins et des services

Au cours des dernières années, d'importantes lacunes en matière de gestion des risques ont été constatées. Au Québec, le Comité ministériel mandaté pour examiner les accidents évitables en milieu de santé indique que le risque d'erreur tend à s'accroître notamment en raison de la complexité des soins, du développement de la technologie et de la consommation d'un plus grand nombre de médicaments (Comité ministériel sur les accidents évitables, 2001, p. 38).

Des résultats d'études menées en 1999 aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande se sont avérés plutôt alarmants sur les conséquences des accidents liés à la prestation des services de santé. En effet, il a été démontré que le taux d'événements indésirables est de l'ordre de 3,7 % à 16,6 % du total des hospitalisations et qu'un pourcentage important de ces événements est évitable (AIIC, 2004, p. 2). On y rappelle l'importante étude publiée en 1999 par l'Institute of Medicine des États-Unis qui a estimé que les accidents iatrogéniques, c'est-à-dire causés par l'intervention thérapeutique elle-même, pourraient être à l'origine de 44 000 à 98 000 décès par année dans les hôpitaux de courte durée. Plus récemment, une étude pancanadienne vient de démontrer que des événements indésirables surviennent dans 7,5 % des admissions. Les chercheurs en ont déduit qu'entre 9 250 et 23 570 patients meurent chaque année à la suite d'un événement indésirable (Baker *et al.*, 2004). Au Québec, l'étude du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) révèle que le taux d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois est de 5,6 % (Blais *et al.*, 2004).

Devant l'ampleur de la problématique liée à la gestion des risques, le gouvernement du Québec a adopté en 2002 la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (Loi 113). Cette loi oblige les établissements à former un comité de gestion des risques et de la qualité afin d'identifier et d'analyser les risques, d'assurer la mise en place d'un système de surveillance des accidents et d'apporter un soutien à la victime et à ses proches (article 183.2). Un gestionnaire des risques peut être nommé par l'établissement, mais il ne peut remplacer la politique efficace d'un établissement visant l'élimination des facteurs de risques et le développement d'une culture de soins sécuritaires soutenue par l'ensemble de l'équipe de direction. La DSI a à assumer un leadership à cet égard.

Avec la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à Toronto en 2002, avec la

menace grandissante des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques et celle du *Clostridium Difficile*, l'importance de la gestion des risques n'est plus à démontrer. Selon la littérature consultée par le Comité sur les infections nosocomiales au Québec (CINQ), ce type d'infections figure au deuxième rang des accidents évitables; le taux d'infections nosocomiales est estimé à environ 5 à 10 % du nombre de patients admis et le taux de décès à 4 % (CINQ, avril 2004a, p. 1).

Le Comité sur les infections nosocomiales au Québec a transmis deux avis à l'intention des établissements et de leurs membres sur la stratégie à déployer lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins et sur les normes en ressources humaines pour la prévention des infections au Québec (CINQ, 2004a, 2004b). Un rapport sur les mesures de prévention du SRAS vient d'être publié par le MSSS (2004a).

Au sujet des résultats liés à la sécurité des patients et qui sont sensibles aux interventions des infirmières, la littérature en sciences infirmières rapporte les erreurs de médication, les chutes des patients, les ulcères de pression et les infections nosocomiales (Doran *et al.*, 2003, p. 213). En ce qui a trait aux autres indicateurs de résultats sensibles aux interventions en soins infirmiers, il y a la gestion des symptômes, le soulagement de la douleur, l'état fonctionnel et les capacités d'autosoins de la personne, ainsi que la satisfaction de la clientèle (Doran, 2003).

L'*Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*, menée par l'OIIQ, révèle que l'implication des DSI et des RSI dans la gestion des risques et le traitement des plaintes est plus faible dans les établissements où la gestion se fait par programme, et où ces dernières ont un rôle-conseil et ne disposent pas d'un poste à temps plein (OIIQ, 2001, p. 38-39).

Il importe ici d'arrimer la gestion des risques à la surveillance de la qualité des soins. La DSI a la responsabilité, en vertu de la *L.S.S.S.S.*, de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers. Or, dans l'hypothèse où elle ou sa représentante ne siégerait pas au comité de gestion des risques et de la qualité, il lui deviendrait alors difficile d'exercer sa fonction de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers.

Des liens plus étroits doivent donc être tissés entre le comité de la gestion des risques et de la qualité, le commissaire local à la qualité des services et les différentes instances telles que la direction des soins infirmiers et le conseil des infirmières et infirmiers (CII), afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités envers le conseil d'administration et la clientèle à l'égard de la qualité des soins infirmiers, tout en disposant des ressources requises à cette fin. De plus, la procédure d'examen des plaintes devrait, pour être pleinement efficace, impliquer la collaboration essentielle de la DSI, notamment dans les correctifs à apporter à la suite de plaintes jugées fondées.

L'utilisation optimale des compétences professionnelles

Les ressources professionnelles sont à la base même du fonctionnement du système de

santé. Dans un contexte de renouvellement des pratiques professionnelles et de pénurie de main-d'œuvre, leur utilisation optimale demeure un défi incontournable, voire un impératif pour l'ensemble des gestionnaires du réseau. Pour ce faire, il faut « changer le paradigme de l'organisation du travail qui repose sur l'analyse de tâches pour passer à celui de l'organisation clinique afin de faire évoluer les services et les rôles exercés par les professionnels en réponse aux besoins des clientèles » (Desrosiers, 2004).

La réforme des lois professionnelles a clarifié les activités réservées et les zones de partage entre les divers professionnels de la santé pour permettre au réseau de s'adapter à l'évolution des technologies et des connaissances et d'accroître l'efficacité et l'efficience du travail d'équipe. Elle constitue de ce fait un nouvel outil d'utilisation optimale des ressources professionnelles. Les DSI seront particulièrement interpellées dans la réorganisation des soins et du travail et devront prendre des décisions éclairées pour déterminer quelle sera la contribution des différentes catégories de professionnels et des autres intervenants non professionnels en fonction notamment des besoins de la clientèle, des compétences requises, des ressources disponibles et du respect des activités réservées définies dans les lois professionnelles et le *Code des professions*.

La portée des activités réservées aux infirmières et aux infirmières auxiliaires s'est élargie de façon significative. La loi leur permet de jouer un rôle accru dans les services de santé. Par conséquent, il est nécessaire de gérer l'acquisition des nouvelles compétences, la mise en œuvre des ordonnances collectives et protocoles ainsi que les nouveaux rôles et responsabilités exercés par les professionnels en soins. Une approche de collaboration entre les infirmières et les infirmières auxiliaires est aussi à instaurer. Les modalités de cette collaboration doivent être définies par les décisions de la DSI, notamment en matière de distribution de soins, de politiques et de règles de soins infirmiers. Ces modalités devront tenir compte des besoins de la population à servir et viser l'efficacité et l'efficience des soins et des services.

La réforme du système professionnel permet également une plus grande implication des proches aidants et des intervenants non professionnels dans la prestation des soins infirmiers aux clients à domicile et en milieux de vie. Les activités de soins pouvant être exercées par des intervenants non professionnels le sont dans des contextes qui impliquent un rattachement à un établissement du réseau public de santé et, de ce fait, un encadrement par l'établissement. Ces activités concernent presque essentiellement la prestation de soins infirmiers. Elles nécessitent la mise en place de mécanismes d'encadrement par la DSI pour assurer la qualité des soins infirmiers, dont la détermination des modalités de désignation des non-professionnels, les conditions de réalisation, les techniques d'exécution et les limites à respecter.

L'intégration de la relève et le transfert des connaissances en contexte de pénurie

Actuellement, une pénurie de main-d'œuvre professionnelle se fait sentir dans l'ensemble du réseau de la santé. Au cours des 10 prochaines années, toutes catégories d'emploi confondues, jusqu'à 152 000 postes devront être comblés dans le réseau de la santé (*Le Devoir*, 2003). Un important renouvellement des effectifs est prévu au Québec au cours des prochaines années, plus particulièrement en ce qui concerne le personnel en soins infirmiers. Selon les projections les plus récentes (MSSS, 2003, p. 54), il faudra combler le départ à la retraite d'un grand nombre d'infirmières expérimentées, estimé entre 2 000 et 2 700 par année d'ici à 2018. Au total, plus de 34 000 départs sont prévus sur 15 ans, alors qu'on évalue la relève à plus de 40 000 personnes pour la même période. En tenant compte de ces prévisions et de l'attrition prévue parmi ces infirmières, on estime que dans 15 ans, le nombre d'infirmières disponibles sur le marché du travail sera à peu près le même que maintenant, soit autour de 63 000. La perte d'une forte proportion d'infirmières d'expérience et l'intégration de la relève qui va rajeunir considérablement la profession d'infirmière poseront un grand défi. Des scénarios semblables sont prévisibles pour d'autres professionnels et d'autres catégories de personnel.

Outre ces données sur les arrivées et les départs constants, des pénuries spécifiques d'infirmières de formation universitaire, estimées à 1 500 par année, sont à prévoir, notamment en ce qui touche les infirmières soignantes dans les secteurs de soins spécialisés, les fonctions de soutien clinique et d'encadrement ainsi que les professeures et les enseignantes en soins infirmiers (OIIQ, 2004b). À titre d'exemple, l'OIIQ estime que 9 495 infirmières soignantes prendront leur retraite au cours des 15 prochaines années et que les établissements auraient avantage à les remplacer par des infirmières détenant un diplôme universitaire (OIIQ, 2003, annexe 13).

Le défi durant cette période cruciale consiste à assurer le transfert des connaissances et l'intégration de la relève sans rupture de services et sans augmenter les risques pour la clientèle. Cette question est d'autant plus importante que nous avons été à même de constater l'impact négatif de la diminution des postes d'encadrement infirmier au cours des dernières années, dont le pourcentage est passé de 3,9 % à 2,4 % en huit ans, alors que le taux d'encadrement des ressources humaines du réseau a baissé de 5,6 % à 4,2 % au cours de la même période (voir les tableaux 1 et 2 de l'annexe 1). L'*Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements du Québec* a révélé qu'il existe des lacunes sur les plans de l'orientation des infirmières, de l'évaluation de leurs compétences et de la supervision clinique (OIIQ, 2001, p. 43). Un tel constat interpelle au plus haut point les directions de soins infirmiers au chapitre du recrutement, de la rétention, de l'encadrement, du soutien clinique et de la formation continue.

Les défis de la gestion des soins infirmiers

La gestion par programme-clientèle

Un grand nombre d'établissements de santé doivent ainsi repenser leur modèle d'organisation. Notre réseau a été bâti autour d'établissements distincts avec une mission spécifique, des activités regroupées par fonctions (soins infirmiers, finances, etc.), des professionnels rassemblés par groupe d'appartenance et des mécanismes d'ajustements gérés suivant un modèle hiérarchique par profession, par direction, par établissement.

Dans la situation actuelle, une meilleure prise en charge des clientèles exige des modèles organisationnels où la coordination est simplifiée et accélérée, où les décisions concernant le client peuvent se prendre plus rapidement et facilement, où les professionnels sont regroupés en équipe interdisciplinaire autour d'une clientèle pour pouvoir mieux se coordonner, intervenir et améliorer la prise en charge.

Afin de répondre à ce nouvel impératif, de plus en plus d'établissements de courte durée ont adopté la gestion par programme-clientèle ou la cogestion médico-nursing tant dans les structures traditionnelles que par programme-clientèle (AHQ, 2000, p. vii, 23-24). En milieu communautaire et en réadaptation, ces structures sont déjà bien implantées. On peut présumer qu'avec la fusion des établissements et le projet clinique centré sur les clientèles, les organisations vont adopter un modèle plus ou moins intégral de gestion par programme-clientèle (AHQ, 2004, p. 1.8 à 1.10).

Ces changements aux plans d'organisation viennent bouleverser les rôles de plusieurs joueurs clés, dont celui des DSI. Dans la structure traditionnelle, ces dernières gèrent la pratique infirmière, la qualité des soins infirmiers, mais aussi une grande partie des activités de production de services dans les unités de soins, les cliniques ambulatoires, etc.

Les nouveaux modèles cherchent à regrouper les activités associées à une clientèle et les ressources professionnelles qui y sont consacrées dans une même entité sous une responsabilité unique. Que devient le rôle de la DSI dans un tel contexte ?

À l'instar du directeur des services professionnels (DSP), la DSI doit assumer les responsabilités que lui confie la *L.S.S.S.S.*, particulièrement en matière de contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle (voir l'annexe 2). Que la DSI soit ou non responsable de la gestion quotidienne des activités cliniques de soins dans l'établissement, ces responsabilités sont incontournables car elles sont en lien direct avec la protection du public.

La DSI est la personne qui porte la responsabilité de la vision des soins infirmiers dans

une organisation. C'est celle qui conçoit cette vision et qui s'assure que toutes les conditions sont en place pour qu'elle s'actualise. Membre de l'équipe de direction, elle joue un rôle déterminant dans toutes les décisions stratégiques relatives à l'organisation et à la prestation des soins et des services.

Ainsi, la DSI doit assurer au client et à sa famille un niveau comparable de soins infirmiers dans tous les programmes et dans tous les sites, tout en répondant aux besoins particuliers des différents programmes-clientèles.

Pour ce faire, elle a la responsabilité d'établir une gouverne en soins infirmiers qui permet de relever les défis d'aujourd'hui et de demain et qui font consensus au sein de la profession, non seulement au Québec mais en Amérique du Nord. Ainsi, elle doit procéder :

- à la désignation et au monitorage d'indicateurs de qualité des soins infirmiers (ex. : le soulagement de la douleur, la gestion des symptômes);
- à la désignation et au monitorage d'indicateurs de gestion de risque les plus sensibles pour la qualité des soins infirmiers (ex. : chutes, infections nosocomiales, ulcères de pression, erreurs de médication);
- à la désignation et au monitorage des normes de pratique dans les situations les plus à risque (ex. : contentions, médication);
- à la désignation et à l'implantation des meilleures pratiques cliniques basées sur les résultats probants (ex. : évaluation de la douleur, soins de la peau et des muqueuses);
- au développement des rôles permettant une meilleure intégration des soins et des services (ex. : infirmière-pivot en oncologie, infirmière praticienne en néphrologie, infirmière gestionnaire de cas);
- au développement des compétences cliniques pour relever les défis de soins (ex. : évaluation clinique, suivi de clientèle, ajustement de la médication, installation de *PICC-Line*);
- à l'établissement des modèles de distribution de soins appropriés aux différents programmes et secteurs (ex. : le suivi systématique de clientèle);
- à la détermination des qualifications, de l'encadrement clinique et de la structure des équipes de soins pour assurer des soins sécuritaires;
- au développement et à la mise à jour des outils facilitant les suivis de clientèle (ex. : plan de cheminement clinique, matériel éducatif).

En tout temps, la DSI établit un plan d'organisation pour sa direction et des mécanismes de communication et de coordination lui permettant d'atteindre les objectifs dont elle est responsable. Elle détermine les valeurs, la philosophie et les orientations en soins infirmiers. Des exercices de planification stratégique lui permettent de définir des objectifs à

court, moyen et long termes. Tout en gérant les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles sous sa gouverne, elle participe au développement d'un climat organisationnel soutenant une approche interdisciplinaire dans le respect des compétences. Elle a la responsabilité de promouvoir une vision intégrée des soins infirmiers dans l'organisation.

La dynamique organisationnelle

Dans une gestion par programme-clientèle, l'établissement statue non seulement sur les programmes et leur direction, mais également sur les directions et conseils professionnels, les directions administratives, les directions d'enseignement et de recherche, le cas échéant, de même que sur les mécanismes de coordination.

Comme chacun des membres de la direction, la DSI participe dans sa sphère de compétence à l'atteinte des objectifs organisationnels déterminés à partir de la planification stratégique de l'établissement. Elle contribue à la définition et à l'actualisation de la mission, de la philosophie de gestion, des valeurs et des orientations de l'établissement. Elle est appelée à négocier et à appliquer des ententes avec d'autres établissements ou organismes dans le domaine des soins infirmiers. Elle participe à l'élaboration et à l'application des politiques et des procédures de l'établissement. Elle gère des projets de développement et participe, au choix, à l'implantation et à l'évaluation des nouvelles technologies. Dans sa fonction d'évaluation, elle est partie prenante du choix, de l'analyse et de la mise en place de correctifs relatifs aux indicateurs de performance administrative et clinique de l'établissement, tels que la durée moyenne de séjour par type de clientèle, le nombre de visites à domicile, le taux d'infections nosocomiales, etc. Ces responsabilités de haut niveau impliquent l'intégration des préoccupations administratives et cliniques.

En ce qui a trait à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles, la DSI peut gérer une partie plus ou moins grande du budget d'un établissement de santé et en être responsable, selon la structure organisationnelle et l'importance du personnel infirmier. Elle peut avoir à administrer strictement les ressources consacrées à l'acquittement de ses responsabilités professionnelles, si la responsabilité de fournir les services appartient au directeur de programmes.

Des liens efficaces entre la structure professionnelle et l'équipe de direction doivent être créés. La DSI, ou sa représentante, participe ainsi aux comités de la direction générale dont le comité de direction, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité d'informatique, le comité de coordination de programmes et le comité d'éthique clinique. La DSI siège également aux comités du CMDP, tels le comité de pharmacologie et le comité sur les ordonnances collectives et les protocoles. Des liens efficaces doivent également être tissés avec le directeur des services professionnels et le Conseil multidisciplinaire.

En étant présente aux comités de la direction générale en lien avec son mandat, dès qu'un problème pouvant être lié aux soins infirmiers est soulevé, la DSI en est saisie et peut intervenir. Elle peut ainsi convoquer les gestionnaires

concernés pour en discuter et trouver des solutions. Par sa compréhension approfondie des processus de soins sur 24 heures, la DSI apporte une contribution essentielle à une prise de décision éclairée.

Le plan d'organisation est le reflet des rôles et des responsabilités des différentes directions. À cet égard, ceux de la DSI doivent être clairs et connus de l'ensemble des directeurs. Son droit de regard sur les soins infirmiers offerts dans les programmes doit être clairement énoncé.

La DSI, forte d'un mandat organisationnel, peut ainsi assumer un leadership en matière de réorganisation des soins et du travail, en collaboration avec le directeur et les chefs de programmes. Ensemble, ils peuvent déterminer les secteurs prioritaires, revoir les processus, les méthodes, les pratiques cliniques et l'environnement dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources professionnelles. Ou encore, le directeur et les chefs de programmes, dans tout projet de réorganisation clinique qu'ils entreprennent, ont à tenir compte des orientations en soins infirmiers élaborées par la DSI.

Les liens professionnels avec le syndicat doivent être maintenus, car l'organisation et la réorganisation des soins infirmiers ont une incidence sur les postes de travail et nécessitent des rencontres régulières, afin que la DSI puisse présenter les motifs de modification des structures de poste en fonction des besoins des clientèles et des compétences requises. La responsabilité de gérer ces processus est partagée avec la direction des ressources humaines et le directeur de programmes, selon la structure organisationnelle.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, ce sont le directeur et les chefs de programmes qui ont cette responsabilité, dont celle d'offrir des services au meilleur coût. Les directeurs professionnels, dont la DSI et le DSP, doivent s'assurer que cette offre de services respecte les normes professionnelles. Or, dans une structure par programme et dans un contexte de pénurie de ressources, des arbitrages de ressources sont souvent nécessaires pour maintenir l'accessibilité des services. La DSI, par sa connaissance fine des expertises requises pour répondre aux besoins des clients, est bien placée pour prendre ces décisions, particulièrement dans le cadre de la gestion des activités de remplacement. Dans le contexte des centres de santé et de services sociaux où la mobilité des professionnels peut s'accroître, la gestion des activités de remplacement peut devenir comme un centre nerveux d'expertise pour analyser les demandes et arrimer les compétences. Il en est de même des postes de coordonnatrices d'activités qui devraient relever de la DSI. En l'absence de cette dernière, les coordonnatrices d'activités assument une responsabilité déléguée en lien avec la *L.S.S.S.S.*, particulièrement en matière de qualité et de sécurité des soins infirmiers lors du déroulement des opérations cliniques les fins de semaine et durant les quarts de travail de soir et de nuit.

Dans le domaine de la dotation des effectifs, la DSI travaille en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines et la direction des programmes pour élaborer une vision et des approches unifiées transversales à tous les programmes. Compte tenu du contexte de pénurie, la DSI analyse toutes les

variables qui affectent les demandes d'effectifs en fonction d'une vision des soins infirmiers et des besoins des différents programmes, tels les départs à la retraite, les congés de maternité, les congés de maladie, les transferts de poste, les secteurs à découvert ou les secteurs en développement. Des actions supplémentaires sont menées depuis plusieurs années par les DSI pour attirer et retenir les jeunes, et assurer un suivi étroit lors de l'orientation et durant la période de probation. Dans le cadre de la planification de la main-d'œuvre, une vision à court, moyen et long termes permet de déterminer le nombre requis d'infirmières et les qualifications nécessaires en fonction des rôles présents et futurs (ex. : infirmières bachelières, infirmières en prévention des infections, infirmières gestionnaires de cas).

Pour assumer ses responsabilités, la DSI établit des mécanismes de communication et de coordination autant avec les cadres et les professionnels en soins infirmiers qui relèvent d'elle qu'avec ceux qui relèvent du directeur des programmes. Des comités permettent donc d'échanger de l'information, de coordonner les actions et de mettre en commun les expertises sur les dossiers en soins infirmiers, par exemple sur les externes en soins infirmiers, les candidates à l'exercice de la profession, le rôle des infirmières et la qualité de la pratique. Des cadres infirmiers peuvent aussi être désignés par la DSI sur chacun des sites pour assurer le lien avec la direction par rapport à toute question touchant les soins infirmiers. Pour la réalisation de son mandat, elle peut s'adjoindre des groupes d'experts cliniques auxquels peuvent être associés d'autres professionnels de la santé.

Dans une approche par programme-clientèle, le CII et le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) représentent des instances incontournables pour les infirmières et les infirmières auxiliaires intéressées à s'impliquer dans le développement et le contrôle de leur pratique. Des agents de liaison ou de communication dans chaque programme, service ou unité ainsi déterminé peuvent transmettre des informations au CII et au CIIA sur les préoccupations professionnelles des infirmières et des infirmières auxiliaires afin de pouvoir assumer au mieux le mandat qui leur est confié par la loi. Le soutien de la DSI à cet égard est primordial, de même que le rôle du CII et du CIIA dans leur capacité à mobiliser les infirmières et les infirmières auxiliaires à propos des enjeux relatifs à la sécurité et à la qualité des soins et au développement professionnel.

Les fonctions stratégiques de direction et les habiletés de gestion

Les dirigeants du réseau de la santé devront exercer certaines fonctions stratégiques de direction qu'ils devront avoir régulièrement sur leur « écran de radar », comme le précise Léonard Aucoin (Aucoin, 2004a, 2004b). De plus, selon lui, certaines habiletés de gestion sont requises pour relever les défis auxquels font face les leaders-gestionnaires des instances locales ou encore les CSSS. Elles sont reproduites ci-après de façon succincte car, à notre avis, elles reflètent les exigences auxquelles les DSI devront faire face.

Les fonctions stratégiques de direction

- La gestion des processus d'accès et de continuité des services.
- La gestion de l'interdépendance interprofessionnelle et interorganisationnelle.
- La gestion de l'information et du savoir.
- La gestion de l'évaluation.

Les habiletés de gestion

- Être relativement à l'aise avec l'incertitude et l'ambiguïté, de même qu'avec le pouvoir discrétionnaire des professionnels et des organisations.
- Avoir la capacité de faire émerger le leadership clinique et le leadership de santé publique.
- Avoir une bonne compréhension du « cœur de métier » des réseaux locaux (« core business »).
- Posséder des habiletés de négociation.
- Posséder des habiletés politiques.

Les conditions de réalisation

Afin que la DSI puisse assumer pleinement son rôle et être responsable de la qualité des soins infirmiers, un certain nombre de conditions de base relatives à l'organisation dans laquelle elle œuvre doivent être en place. Ainsi, la DSI doit :

- détenir un poste de cadre supérieur;
- relever de la direction générale;
- détenir un poste à temps complet;
- être membre d'office du comité de direction;
- participer au comité de sélection des cadres infirmiers;
- détenir les ressources financières, matérielles et informationnelles requises aux fins de ses responsabilités; à titre d'exemple, mentionnons un budget protégé pour :
  - la formation du personnel infirmier;
  - le développement des compétences cliniques;
  - la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers;
  - la gestion des risques et des plaintes liées aux soins infirmiers;
- avoir les ressources humaines requises pour la réalisation des différentes activités cliniques et administratives sous sa responsabilité, soit :
  - des directrices-adjointes;
  - des coordonnatrices d'activités;
  - des infirmières cliniciennes spécialisées;
  - des infirmières bachelières;
  - des infirmières de recherche.

La DSI a un pouvoir décisionnel sur les responsabilités qui lui sont conférées par la loi et les gestionnaires ont à tenir compte des orientations et des directives en soins infirmiers qui émanent de la direction.

En ce qui a trait aux postes de chef d'unité et de chef de programme, si le personnel comprend une majorité de personnes en soins infirmiers, la DSI doit pouvoir compter sur des infirmières d'expérience, possédant un leadership clinique assorti d'habiletés de gestion et d'une vision interdisciplinaire des soins.

Une interprétation contemporaine des responsabilités légales de la directrice des soins infirmiers

La fonction de la DSI est indiquée dans la *L.S.S.S.S.* depuis plus de 30 ans. Le gouvernement a jugé bon de l'officialiser légalement, notamment en raison du volume des services fournis et des risques inhérents à la nature même des services de soins infirmiers offerts dans le réseau de la santé. La DSI est une des interlocutrices privilégiées en matière de qualité des services rendus auprès des ordres professionnels, des conseils d'agrément et des instances représentant les droits des clients. Ces responsabilités légales font l'objet, dans le présent chapitre, d'une interprétation contemporaine et la plus pragmatique possible des priorités à gérer dans le réseau de la santé au Québec (voir l'annexe 3). Pour assumer sa fonction, la DSI exerce les responsabilités illustrées à la figure de la page 25 et inhérentes aux domaines suivants :

- la qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes;
- les règles de soins;
- les compétences cliniques;
- l'enseignement et la recherche;
- les effectifs en soins infirmiers;
- le soutien au CII et au CIIA;
- l'organisation des soins infirmiers.

Figure

La gouverne des soins infirmiers

Un modèle de pratique professionnelle par programme-clientèle



La qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes

En matière de qualité et de sécurité des soins infirmiers, la DSI élabore, applique et fait le suivi du programme de surveillance et de contrôle de **la qualité des soins infirmiers**. Elle le réalise à partir d'indicateurs de résultat pour la clientèle en vue d'une démarche collective d'amélioration continue de l'exercice infirmier. Elle met en place les mesures pour évaluer et prévenir **les risques liés aux soins infirmiers**, tels les ulcères de pression, les erreurs de médication ou les chutes. Elle collabore à la mise sur pied d'un système de surveillance des infections nosocomiales et d'un mécanisme de compilation et d'analyse des rapports d'accidents et d'incidents.

Ces responsabilités doivent nécessairement s'articuler avec les programmes de gestion des risques et la qualité de l'établissement, de même qu'avec les activités d'évaluation des soins et des services dans les différents programmes-clientèles. La DSI associe le CII et le CIIA dans l'analyse des résultats concernant la qualité et la sécurité des soins, la mise en place de correctifs et l'évaluation des résultats obtenus.

En ce qui a trait à toute situation problématique ou **plainte relative aux soins infirmiers**, elle en est informée et assure le suivi avec les gestionnaires concernés et le commissaire local à la qualité des services. Elle soutient le personnel en soins infirmiers pour déceler les situations qui risquent de se détériorer et pour dénoncer toute situation inacceptable.

En définitive, elle s'assure que les professionnels en soins infirmiers respectent les normes de pratique ainsi que les lois et les règlements applicables à la profession. Il en est de même pour les conditions énoncées dans les règlements professionnels encadrant la pratique des externes en soins infirmiers et celle des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière.

Les règles de soins

En matière de **règles de soins infirmiers**, elle s'assure de leur élaboration en collaboration avec le CII et le CIIA. Pour ce faire, elle planifie, dirige et coordonne les activités requises en vue d'adopter et de mettre en application les règles de soins infirmiers en conformité avec les lois et les règlements professionnels. À titre d'exemple, une règle de soins infirmiers peut être élaborée pour encadrer les activités d'immunisation exercées par les infirmières et les infirmières auxiliaires ou les activités de soins confiées aux auxiliaires familiales et sociales. La DSI participe à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments pour les infirmières praticiennes en spécialité de concert avec les chefs de département concernés, le DSP, le CMDP, etc.

Les compétences cliniques

En ce qui a trait à **l'évaluation des compétences cliniques**, il nous apparaît important de préciser que la DSI détermine le processus d'évaluation des compétences des professionnels en soins infirmiers et le suivi lors de la période de probation, lors du traitement de plaintes particulières ou dans le cadre d'un processus annuel. S'il y a lieu, elle spécifie les correctifs à apporter et le plan d'amélioration des compétences. Elle promeut et soutient un processus d'évaluation par les pairs.

La DSI collabore avec l'équipe médicale à la surveillance des activités exercées par les infirmières praticiennes en spécialité et tient à jour un registre de ces infirmières. Elle participe au processus d'inspection professionnelle de l'OIIQ et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et à la mise en application des recommandations des comités d'inspection professionnelle, ainsi qu'à celles

du Conseil canadien d'agrément des services de santé et du Conseil québécois d'agrément. Elle gère les dossiers des professionnels devant être traités par l'OIIQ et l'OIIAQ et assure le lien avec les gestionnaires concernés.

Pour les activités de **maintien des compétences cliniques**, la DSI détermine les besoins de formation continue du personnel infirmier en fonction des exigences de soins et des compétences des ressources disponibles. Elle assure la réalisation de ces activités en collaboration avec le CII, le CIIA et les gestionnaires concernés ainsi que leur articulation avec le plan de développement des ressources humaines de l'établissement et ceux des programmes-clientèles, le cas échéant. De plus, elle établit les composantes professionnelles des programmes de formation pour l'acquisition des compétences spécialisées lors de l'attribution de postes. Elle s'assure de l'élaboration, de l'implantation et de la mise à jour des outils cliniques pour la prestation des soins dont les méthodes de soins et les protocoles infirmiers. Elle est responsable de la diffusion, de la mise en application et du suivi des ordonnances collectives et des protocoles et participe à leur élaboration.

Quant à son rôle au niveau du **développement des compétences cliniques**, il est de première importance. La direction des soins infirmiers doit constamment être à l'affût des nouveaux besoins des clients, des nouvelles façons de soigner, des nouvelles technologies disponibles. Elle fournit l'expertise-conseil pour concevoir et implanter de nouveaux programmes de soins et d'enseignement pour les clientèles, tel qu'un programme de réduction des contentions pour la clientèle âgée ou un programme de gestion des symptômes auprès de la clientèle psychiatrique. Elle met de l'avant des projets favorisant le développement de la pratique des infirmières et celui des infirmières auxiliaires à partir notamment des nouvelles technologies.

Afin de promouvoir l'excellence de la pratique professionnelle en soins infirmiers, la direction des soins infirmiers peut être le maître d'œuvre d'un programme de reconnaissance de l'excellence des soins infirmiers et de la contribution des professionnels dans l'établissement, en collaboration avec le CII et le CIIA. De plus en plus de directions de soins infirmiers élaborent des plans de carrière stimulants pour les infirmières et créent des opportunités de développement professionnel. À cet égard, la responsabilité des suivis systématiques de clientèles et la possibilité de devenir infirmière praticienne en spécialité sont des exemples intéressants. La DSI a également la responsabilité de stimuler le développement des compétences des cadres et du personnel sous sa responsabilité.

L'enseignement et la recherche

Pour relever le défi de l'intégration de la relève et du transfert de connaissances dans un contexte de pénurie, la direction des soins infirmiers gère **les activités d'enseignement en soins infirmiers** et coordonne les stages avec les établissements d'enseignement. Elle offre aux stagiaires en soins infirmiers un milieu propice à l'apprentissage. Elle assure la formation et le soutien des précepteurs/monitrices cliniques qui accompagnent les stagiaires et les nouvelles infirmières. Elle s'assure de la qualité des stages cliniques par les contacts étroits qu'elle entretient avec les maisons d'enseignement. Elle crée un milieu de travail propice au recrutement de la relève. En outre, le partenariat avec les maisons d'enseignement lui permet d'influencer l'évolution des programmes de formation selon les besoins des clientèles du réseau et les compétences attendues.

En ce qui a trait à **la recherche en sciences infirmières**, la DSI établit et maintient les liens avec les établissements d'enseignement ainsi qu'avec les chercheuses en sciences

infirmières dans les universités, notamment par le recours à des postes conjoints. D'une part, elle favorise la réalisation des projets de recherche en sciences infirmières tout en collaborant aux activités de recherche relevant des autres disciplines professionnelles. D'autre part, la DSI fait la promotion des pratiques professionnelles fondées sur des résultats probants et les meilleures pratiques cliniques en facilitant le transfert des nouvelles connaissances, dont celles issues de la recherche, en concertation avec les autres professionnels.

De concert avec la direction de la recherche de l'établissement et les facultés de sciences infirmières, elle met en place des mécanismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. L'unité mobile d'hémodialyse est un exemple à cet égard. La DSI exerce un leadership en ce sens, établit des partenariats stratégiques et inculque une culture de soins soutenant et valorisant ce type d'évaluation.

Les effectifs en soins infirmiers

Dans un contexte où la qualité des soins est directement liée aux qualifications professionnelles, au ratio de personnel professionnel par client, à la proportion d'infirmières au sein de l'équipe, au soutien et à l'encadrement clinique nécessaires à la relève infirmière, la DSI joue un rôle primordial au niveau des **effectifs infirmiers**. La DSI doit déterminer les profils de compétence pour les professionnels en soins infirmiers dans les différents programmes ou secteurs d'activités en fonction des besoins de la clientèle, et établir la composition des équipes de soins infirmiers en collaboration avec le directeur de programmes. Elle coopère aussi avec la direction des ressources humaines aux stratégies d'attraction et de recrutement, participe à la sélection du personnel infirmier, détermine les composantes professionnelles des programmes d'orientation et d'intégration, assure le développement et la mise en place d'un système de préceptorat/jumelage et élabore des stratégies de rétention.

Pour soutenir la relève et assurer le transfert des connaissances, la direction des soins infirmiers doit déterminer le niveau de compétence pour les précepteurs et les mentors, établir pour les différents quarts de travail des ratios de soutien clinique de la part des infirmières cliniciennes spécialisées, des infirmières monitrices et des infirmières bachelières soignantes, établir le ratio entre les infirmières expérimentées et les nouvelles, etc. Ces diverses mesures permettent aux candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, aux externes en soins infirmiers et aux nouvelles infirmières d'avoir accès en tout temps à des infirmières d'expérience pour des décisions cliniques complexes.

Enfin, elle doit déterminer les qualifications des infirmières cadres sur le plan professionnel, car celles-ci ont le mandat d'assurer un encadrement adéquat des professionnels en soins infirmiers, notamment lors des affectations et l'évaluation du respect des normes professionnelles.

Le soutien au conseil des infirmières et infirmiers et au comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires

Le soutien au CII et au CIIA figure parmi les responsabilités confiées par le législateur à la DSI. La participation et l'engagement de ces professionnels en matière de surveillance et de contrôle de la qualité des activités professionnelles sont cruciaux dans un contexte où la prestation sécuritaire des soins et des services est une priorité. La DSI s'assure que le CII et le CIIA s'acquittent également de leur mandat relatif aux règles de soins, à la distribution des soins, à l'organisation scientifique et technique du centre et aux mécanismes d'évaluation et de maintien des compétences et qu'ils disposent de ressources financières

en conséquence. Elle encourage la concertation avec les autres conseils et s'assure que le CII est représenté aux différents comités de l'établissement.

L'organisation des soins infirmiers

La distribution appropriée des soins fait appel à la répartition des rôles et des responsabilités. À cet égard, la DSI détermine les nouvelles activités pouvant être exercées par les infirmières et les infirmiers auxiliaires et élabore les règles de soins infirmiers, le cas échéant. La gestion de ces changements doit tenir compte des qualifications des professionnels de l'organisation et des ressources. Elle détermine également les activités de soins infirmiers pouvant être confiées à du personnel non professionnel et établit les modalités de formation et de supervision.

En collaboration avec les gestionnaires concernés, elle conçoit des modèles de distribution des soins infirmiers permettant de répondre aux besoins des clientèles en tenant compte des habilitations légales, des ressources et des contraintes de l'environnement interne et externe. Elle propose des modèles de distribution des soins infirmiers qui favorisent une continuité des soins intra et interdisciplinaires.

Au cours de la dernière décennie, la DSI a implanté des solutions comme le suivi systématique de clientèle pour mieux gérer les épisodes de soins. En première ligne, avec les groupes de médecine de famille, elle a soutenu les infirmières dans leur rôle de coordination des services afin de faciliter le suivi des clientèles vulnérables dans le réseau. Dans le cadre d'un projet tel que le *Projet d'action concertée sur les territoires* (PACTE), les infirmières, par leur connaissance approfondie des processus de soins et leur rôle dans le continuum des soins et des services de santé, ont facilité l'intégration des soins aux personnes âgées. La DSI aura à poursuivre le travail amorcé en collaboration avec les gestionnaires de programme afin de s'assurer de l'intégration des soins et des services à tous les niveaux de l'organisation.

Conjointement avec l'équipe médicale, la DSI évalue le besoin d'infirmières praticiennes dans les spécialités reconnues et gère le processus d'implantation de ces nouvelles fonctions, le cas échéant, selon les règlements de l'OIIQ et du CMQ.

Pour la planification, la coordination et l'évaluation des soins infirmiers en fonction des besoins de l'organisation, la DSI procède régulièrement à une évaluation des besoins de soins des clientèles. Une mesure de l'intensité de soins ou des besoins en heures/soins est utilisée systématiquement. Avec le gestionnaire concerné, elle participe à la planification et à l'ajustement des ressources selon l'évaluation des besoins de soins. Elle coopère également à l'élaboration d'outils de mesure de la charge de travail, le cas échéant, analyse et interprète les données et propose des mesures correctrices.

En ce qui a trait à l'affectation du personnel en soins infirmiers, elle s'assure que l'affectation tient compte de la concordance entre les qualifications et les besoins des clientèles, que la répartition du personnel favorise une stabilité auprès d'une même clientèle et que le nombre d'infirmières est ajusté aux besoins. Elle peut gérer ou contribuer à gérer le remplacement du personnel à court, à moyen et long termes. Si la demande est supérieure à l'offre, la DSI doit faire l'arbitrage des ressources et les répartir de manière à s'assurer de l'accessibilité des services à la population tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins.

Par ailleurs, la DSI est invitée à participer à l'analyse des coûts inhérents au nombre total d'heures supplémentaires effectuées par le personnel en soins infirmiers, au nombre total

d'heures travaillées par les infirmières sur la liste de rappel et les infirmières d'agences et à collaborer à la mise en place de solutions qui assurent la stabilité du personnel compétent au moindre coût. Elle peut aussi procéder à l'analyse des besoins non comblés en infirmières durant l'année et en particulier durant l'été, en mettant l'accent sur les secteurs spécialisés, et collaborer à l'implantation de solutions pour garantir la présence de professionnels de concert avec les directions des ressources humaines, des finances et des programmes.

En concertation avec les différents directeurs, la DSI s'assure de la mise en place de **conditions de pratique sécuritaire** pour les professionnels et pour la clientèle. Elle s'assure que les lieux physiques sont sécuritaires, adaptés aux besoins de soins, qu'ils respectent les droits des clients (intimité, confidentialité), et que l'équipement et le matériel en soins sont disponibles, fonctionnels et sécuritaires. Elle s'assure que les services administratifs (secrétariat, archives, etc.) et les services cliniques (pharmacien, laboratoire, etc.) apportent leur soutien aux équipes de soins afin que les infirmières et les infirmières auxiliaires soient libérées de tâches non reliées aux soins infirmiers. Elle promeut la collaboration avec les autres professionnels, particulièrement les médecins. Des études ont démontré que la qualité des relations professionnelles entre les infirmières et les médecins est associée à de meilleurs résultats chez les clients, y compris en ce qui a trait au taux de mortalité (Baumann *et al.*, 2001). Enfin, elle s'assure que le personnel de soutien est en nombre suffisant afin de maximiser la contribution des professionnels. D'ailleurs, un niveau plus élevé de dotation en personnel infirmier a été associé, lors de simulations, à une diminution de 2 % à 25 % du taux de certains résultats-patients potentiellement sensibles aux soins infirmiers (Needleman *et al.*, 2001).

Conclusion

Le projet clinique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'intégration des soins et des services. Il met en lumière les défis qui attendent les directions d'établissements, dont la direction des soins infirmiers.

La DSI ayant en vertu de la loi la responsabilité de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers, d'en assumer la planification, la distribution, la coordination et l'évaluation, voit son rôle se profiler différemment et évoluer. Celui-ci est davantage lié à la continuité et à l'intégration des soins, à la révision des pratiques cliniques à partir des résultats probants, au maintien et au développement des compétences professionnelles, à l'instauration de nouveaux modes de collaboration interprofessionnelle et à l'intégration de la relève infirmière dans un contexte de rareté de ressources. Et ces défis doivent être assumés dans un environnement organisationnel tout à fait nouveau où les décisions administratives sont prises de la manière la plus décentralisée possible, et où les décisions cliniques le sont au niveau d'équipes interdisciplinaires agissant à l'intérieur des programmes.

La contribution d'une DSI au comité de direction de chacun des établissements apparaît incontournable pour la réussite du projet clinique du réseau de la santé. Dans un cadre de décentralisation des activités cliniques, jamais la population québécoise n'aura autant eu besoin que les interventions soient cohérentes et concertées afin d'assurer l'équité dans la prestation des soins; jamais le développement des compétences professionnelles et l'adoption d'une approche globale au niveau des indicateurs de qualité et des normes de pratique n'auront été aussi nécessaires.

Annexe 1

L'évolution des effectifs du réseau

Tableau 1

L'évolution de l'ensemble des effectifs du réseau

Années	Total cadres (1)	Total syndiqués (2)	Total général (3)	Ratio synd./cadres (4=2/1)	% de cadres (5=1/3)
1990-1991	14 874	225 587	240 461	15,2	6,2 %
1991-1992	14 686	227 674	242 360	15,5	6,1 %
1992-1993	14 455	224 776	239 231	15,6	6,0 %
1993-1994	14 254	227 191	241 445	15,9	5,9 %
1994-1995	13 472	225 976	239 448	16,8	5,6 %
1995-1996	12 263	223 108	235 371	18,2	5,2 %
1996-1997	11 371	217 552	228 923	19,1	5,0 %
1997-1998	9 878	206 434	216 312	20,9	4,6 %
1998-1999	9 593	213 289	222 882	22,2	4,3 %
1999-2000	9 525	219 109	228 634	23,0	4,2 %
2000-2001	9 523	224 459	233 982	23,6	4,1 %
2001-2002	10 106	228 453	238 559	22,6	4,2 %
2002-2003	10 140	231 931	242 071	22,9	4,2 %

Source : MSSS (2004b)

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, depuis 1990, le nombre total de postes cadres du réseau n'a cessé de diminuer, passant de 14 874 à 10 140 en 2002-2003, soit une baisse de 32 %. Le ratio du nombre de syndiqués par cadre est passé de 15,2 à 22,9, tandis que le pourcentage de cadres parmi l'ensemble des effectifs est passé de 6,2 % à 4,2 %.

Ce tableau fait ressortir une baisse significative du taux d'encadrement de l'ensemble des ressources humaines du réseau, incluant les secteurs de soins infirmiers. En 2002-2003, le nombre de cadres augmente par rapport à 2001-2002. Cependant, cette hausse n'a pas d'effet sur l'indicateur « ratio de syndiqués par cadre » qui continue d'augmenter, ni sur le pourcentage de gestionnaires qui demeure identique à celui de l'année précédente.

Tableau 2

L’évolution des effectifs des secteurs de soins infirmiers										
Années	Cadres infirmiers (1)	Inf. bachelières (2)	Infirmières (3)	Total inf. synd. (4=2+3)	Infirmières auxiliaires (5)	Prép. aux bénéficiaires (6)	Total syndiqués (7=4+5+6)	Total général (8=1+7)	Ratio synd./cadres (9=7/1)	% de cadres (10=1/8)
1990-1991	n.d.	3 859	47 714	51 573	17 682	31 313	100 568	n.d.	n.d.	n.d.
1991-1992	n.d.	4 454	47 998	52 452	17 590	31 575	101 617	n.d.	n.d.	n.d.
1992-1993	n.d.	5 009	47 602	52 611	17 411	31 021	101 043	n.d.	n.d.	n.d.
1993-1994	n.d.	5 405	47 934	53 339	17 385	30 957	101 681	n.d.	n.d.	n.d.
1994-1995	4 179	5 935	47 585	53 520	17 460	30 894	101 874	106 053	24,4	3,9 %
1995-1996	3 757	6 527	47 019	53 546	17 248	30 199	100 993	104 750	26,9	3,6 %
1996-1997	3 508	7 058	45 753	52 811	16 379	30 010	99 200	102 708	28,3	3,4 %
1997-1998	2 858	7 322	43 482	50 804	14 226	29 192	94 222	97 080	33,0	2,9 %
1998-1999	2 733	8 046	44 501	52 547	14 090	30 901	97 538	100 271	35,7	2,7 %
1999-2000	2 632	8 845	44 552	53 397	14 029	32 515	99 941	102 573	38,0	2,6 %
2000-2001	2 531	11 189	42 298	53 487	14 046	34 514	102 047	104 578	40,3	2,4 %
2001-2002	2 531	12 224	41 054	53 278	13 844	35 633	102 755	105 286	40,6	2,4 %
2002-2003	2 516	12 467	41 255	53 722	13 794	36 224	103 740	106 256	41,2	2,4 %

Source : MSSS (2004b et autres données non publiées)

Pour les secteurs de soins infirmiers, à partir de l’année 1994-1995, le tableau montre que le nombre de cadres infirmiers n’a cessé de décroître, passant de 4 179 à 2 516 en 2002-2003. Durant cette période, le ratio de syndiqués par cadre est passé de 24,4 à 41,2, tandis que le pourcentage de cadres a diminué de 3,9 % à 2,4 %. C’est donc dire que l’encadrement est encore plus fragilisé dans les secteurs de soins infirmiers qu’il ne l’est dans l’ensemble de l’organisation.

Quand à la proportion du personnel syndiqué en soins infirmiers sur l’ensemble du personnel syndiqué, elle représente 103 740 sur 231 931, soit 44,7 %.

Annexe 2

Les articles 207 et 208 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

deux 2

207. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

1º surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre;
1.1º le cas échéant, collaborer à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8);

2º s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

2.1º le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*;

2.2º le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*;

3º veiller au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre.

208. Sous réserve de ce que prévoit le règlement pris en vertu du paragraphe 13º de l'article 505 et sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

1º s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans le centre;

2º planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre;

3º gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;

4º assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation.

Annexe 3

Les responsabilités de la directrice des soins infirmiers

trois 3

La qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes

- Élabore, applique et fait le suivi du programme d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers au moyen d'indicateurs de résultat pour la clientèle.
- Participe au comité de gestion des risques et de la qualité de l'établissement.
- Met en place les mesures pour évaluer et prévenir les risques liés aux soins infirmiers telles les lésions de pression, les erreurs de médication, les chutes, les infections.
- Collabore à l'implantation d'un système de surveillance des infections nosocomiales.
- S'assure de la mise en place d'un mécanisme de compilation et d'analyse des rapports d'accidents, d'incidents.
- Implique le CII et le CIIA dans l'analyse des résultats concernant la qualité des soins, la mise en place de correctifs et l'évaluation des résultats obtenus.
- Est informée et assure le suivi de toute situation problématique ou plainte relative aux soins infirmiers en collaboration avec le commissaire local à la qualité des services.
- Soutient le personnel en soins infirmiers dans la dénonciation des situations inacceptables.
- S'assure que les professionnels en soins infirmiers respectent les normes de pratique ainsi que les lois et les règlements applicables à la profession.
- S'assure que les conditions énoncées dans les règlements professionnels encadrant la pratique des externes en soins infirmiers et des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière sont respectées.

Les règles de soins

- Planifie, dirige et coordonne les activités requises pour adopter et mettre en application les règles de soins infirmiers conformément aux lois et règlements.
- Collabore à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières praticiennes en spécialité.

Les compétences cliniques

- Détermine, pour le volet professionnel, le processus d'évaluation des compétences des infirmières et des infirmières auxiliaires, de même que le suivi lors de la période de probation, en présence d'une plainte ou dans le cadre d'un processus annuel.
- Détermine les correctifs à apporter et le plan d'amélioration des compétences, le cas échéant.
- Promeut et soutient un processus d'évaluation par les pairs.
- Collabore à la surveillance des activités exercées par les infirmières praticiennes en spécialité et tient à jour un registre de ces infirmières.
- Collabore au processus d'inspection professionnelle de l'OIIQ et de l'OIIAQ et s'assure de la mise en application des recommandations des comités d'inspection professionnelle.

- Collabore aux processus d'agrément et à la mise en application des recommandations des organismes d'accréditation.
- Gère les dossiers des professionnels devant être traités par l'OIIQ et l'OIIAQ et assure les liens avec les gestionnaires concernés.
- Détermine les besoins de formation continue annuels du personnel infirmier et s'assure de la réalisation des activités de formation en collaboration avec le CII, le CIIA et les gestionnaires concernés.
- Élabore les composantes professionnelles des programmes de formation pour l'acquisition des compétences spécialisées.
- S'assure de l'élaboration, de l'implantation et de la mise à jour des outils cliniques pour la prestation des soins, dont les méthodes de soins.
- Est responsable de la diffusion, de la mise en application et du suivi des ordonnances collectives et des protocoles, et participe à leur élaboration.
- Fournit l'expertise conseil pour les programmes-clientèles en collaborant notamment à la conception et à l'implantation des programmes de soins et d'enseignement.
- Conçoit des projets favorisant le développement de la pratique des infirmières et celui des infirmières auxiliaires, et en fait la promotion.
- Met en place des programmes de reconnaissance de l'excellence des soins et de la contribution des professionnels.
- Élabore des plans de carrière stimulants et crée des occasions de développement professionnel.
- Stimule le développement des compétences des cadres et du personnel sous sa responsabilité.

L'enseignement et la recherche

- Gère les activités d'enseignement en soins infirmiers et coordonne les stages avec les maisons d'enseignement.
- Assure aux stagiaires en soins infirmiers un milieu propice à l'apprentissage.
- Assure la formation et le soutien des précepteurs/monitrices cliniques qui accompagnent les stagiaires et les nouvelles infirmières.
- Établit et maintient les liens avec les établissements d'enseignement et les chercheuses en sciences infirmières, notamment par le recours à des postes conjoints.
- Promeut, conçoit et réalise des projets de recherche en sciences infirmières.
- Collabore aux activités de recherche qui relèvent des autres disciplines professionnelles.
- Promeut des pratiques professionnelles fondées sur des résultats probants et les connaissances, dont celles issues de la recherche.
- Met en place des mécanismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, particulièrement en partenariat avec la direction de la recherche de l'établissement et les facultés de sciences infirmières.

Les effectifs en soins infirmiers

- Détermine les profils de compétence pour les professionnels en soins infirmiers dans les différents secteurs d'activités, en fonction des besoins de la clientèle.
- Établit la composition des équipes de soins infirmiers selon les besoins de la clientèle de chaque secteur d'activité, en collaboration avec le directeur des programmes.

- Collabore aux stratégies d'attraction et de recrutement.
- Participe à la sélection du personnel infirmier et à la sélection des infirmières cadres.
- Détermine les composantes professionnelles d'un programme d'orientation et d'intégration pour les nouvelles infirmières, les infirmières auxiliaires et celles qui sont affectées à un nouveau secteur d'activité.
- Détermine un système de préceptorat/jumelage pour l'orientation et l'intégration des nouvelles infirmières, infirmières auxiliaires et celles qui sont affectées à un nouveau secteur d'activité.
- Collabore à l'élaboration des stratégies de rétention du personnel professionnel.
- Détermine le niveau de compétence pour les précepteurs et les mentors et assure leur formation.
- Établit le ratio de soutien clinique assuré par des infirmières cliniciennes spécialisées, par des infirmières bachelières et par des infirmières monitrices.
- Établit le ratio entre les nouvelles infirmières et les infirmières expérimentées.
- Met en place des mécanismes de consultation entre pairs 24/7 pour soutenir les décisions cliniques complexes.
- Détermine les qualifications des infirmières cadres sur le plan professionnel.
- Détermine un système de jumelage pour l'orientation et l'intégration des infirmières cadres.

Le soutien au conseil des infirmières et infirmiers et au comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

- Suscite l'intérêt des infirmières et des infirmières auxiliaires à participer aux activités du CII et du CIIA.
- Soutient le CII et le CIIA dans le processus d'élection et dans le fonctionnement courant des réunions et des assemblées.
- S'assure que le CII et le CIIA apprécient adéquatement la qualité des activités professionnelles.
- S'assure que le CII et le CIIA s'acquittent également de leur mandat relatif aux règles de soins, à la distribution des soins, à l'organisation scientifique et technique du centre et aux mécanismes d'évaluation et de maintien des compétences.
- S'assure que le CII et le CIIA disposent des ressources financières pour assumer leurs responsabilités.
- Encourage la concertation avec les autres conseils professionnels.
- S'assure que le CII soit représenté aux différents comités de l'établissement.

L'organisation des soins infirmiers

La distribution des soins infirmiers

- Détermine les nouvelles activités pouvant être exercées par les infirmières et les infirmières auxiliaires, et gère les processus de changement.
- Détermine les activités de soins infirmiers pouvant être confiées à du personnel non professionnel et établit les modalités de formation et de supervision (ex. : préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales).

- Conçoit et voit à ce que soient implantés des modèles de distribution des soins infirmiers permettant de répondre aux besoins de la clientèle, en tenant compte des règles professionnelles, des ressources et des contraintes de l'environnement interne et externe, en collaboration avec les gestionnaires.
- Propose, en collaboration avec les gestionnaires, des modèles de distribution des soins infirmiers qui favorisent une continuité des soins intra et interdisciplinaires et qui tiennent compte de chaque clientèle.
- Détermine le besoin d'infirmières praticiennes dans les spécialités reconnues en concertation avec l'équipe médicale, et gère le processus lié à l'implantation de ce nouveau rôle.

La planification, la coordination et l'évaluation des soins infirmiers

- Procède à une évaluation des besoins de soins des différentes clientèles de l'établissement.
- S'assure qu'une mesure de l'intensité des soins ou des besoins en heures/soins est utilisée systématiquement.
- Participe à la planification et à l'ajustement des ressources selon l'évaluation des besoins de soins, en collaboration avec les gestionnaires concernés.
- Participe à la conception d'outils de mesure de la charge de travail, analyse et interprète les données et propose des mesures correctrices.
- S'assure que l'affectation du personnel en soins infirmiers tient compte de la concordance entre ses qualifications et les besoins des clients.
- S'assure que l'affectation du personnel en soins infirmiers favorise la stabilité auprès d'une même clientèle.
- S'assure que le nombre d'infirmières est ajusté de manière à tenir compte des besoins de la clientèle.
- Gère les activités de remplacement du personnel à court, à moyen et long termes ou contribue à leur gestion.
- Participe à l'analyse des coûts inhérents au nombre total d'heures supplémentaires effectuées par le personnel en soins infirmiers, au nombre total d'heures travaillées par les infirmières de la liste de rappel et les infirmières d'agences, et collabore à la mise en place de solutions de concert avec les directions des ressources humaines, des finances et des programmes.
- Participe à l'analyse des besoins non comblés d'infirmières durant l'année et en particulier durant l'été, en mettant l'accent sur les secteurs spécialisés, et collabore à la recherche et à la mise en place de solutions.

Les conditions de pratique sécuritaire

- S'assure que les lieux physiques sont sécuritaires, adaptés aux besoins de soins et respectent les droits des clients (intimité, confidentialité).
- S'assure que l'équipement est disponible en quantité suffisante, fonctionnel et sécuritaire.
- S'assure que le matériel pour les soins infirmiers (ex. : compresses, cathéters) est disponible et adéquat.
- S'assure de la disponibilité des services de soutien administratif (secrétariat, archives, etc.) pour soutenir les équipes de soins.
- S'assure de la disponibilité des services cliniques (pharmacien, laboratoire, etc.) pour soutenir les équipes de soins.
- S'assure que le personnel de soutien est en nombre suffisant afin de maximiser la

contribution du personnel professionnel.
- Promeut la collaboration interprofessionnelle et celle des membres du personnel.

La gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles sous sa gouverne

- Élabore le plan d'organisation de la direction des soins infirmiers.
- Détermine les valeurs, la philosophie et les orientations en soins infirmiers.
- Établit une planification stratégique et des objectifs à court, moyen et long termes.
- Met en place des mécanismes de communication et de coordination avec les chefs de programmes et les chefs d'unité.
- Établit les mécanismes de communication avec le personnel en soins infirmiers.
- Participe au développement d'un climat organisationnel soutenant une approche interdisciplinaire dans le respect des compétences spécifiques.
- Promeut une vision intégrée des soins infirmiers.

Le comité de direction

- Est membre d'office du comité de direction.
- Participe à la planification stratégique de l'établissement.
- Participe à la définition et à l'actualisation de la mission, de la philosophie de gestion et des valeurs et orientations de l'établissement.
- Participe à la négociation et à l'application des ententes avec d'autres établissements ou organismes dans le domaine des soins infirmiers.
- Participe au développement et à l'application des politiques et des procédures de l'établissement.
- Participe à la gestion des projets de développement de l'établissement.
- Participe au choix, à l'implantation et à l'évaluation des nouvelles technologies.
- Participe au choix, à l'analyse et à la mise en place de correctifs relatifs aux indicateurs de performance administrative et clinique de l'organisation, tels que la durée moyenne de séjour par type de clientèle, le nombre de visites à domicile et le taux d'infections nosocomiales.
- Participe aux comités de la direction générale en vertu de son mandat, dont le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité d'éthique clinique, le comité d'informatique, le comité de coordination de programmes, etc.
- Participe aux comités du CMDP, tels que le comité de pharmacologie et le comité sur les ordonnances collectives.

Références

AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J., et SILBER, J.H. (2002). « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *JAMA*, vol. 288, nº 16, p. 1987-1993.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2002). *Cadre de référence sur l'encadrement des soins infirmiers : vers une harmonisation des fonctions RSI et DSI*, Montréal, ACCQ.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2004). *Mise en place des centres de santé et de services sociaux : outils de gestion*, Montréal, ACCQ.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2000). *Organisation par programme-clientèle : l'expérience des centres hospitaliers du Québec*, Montréal, AHQ.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux*, Montréal, AHQ, vol. 1.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2001). *Des milieux de travail de qualité pour les infirmières : énoncé de position*, Ottawa, AIIC.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2002). *Leadership de la profession infirmière : énoncé de position*, Ottawa, AIIC.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2003). *La sécurité des patients : énoncé de position*, Ottawa, AIIC.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2004). *Les infirmières et la sécurité des patients : document de travail*, Ottawa, AIIC.

AU, A.W. (2003). *Roles and Responsibilities of Directors of Nursing in Continuing Care in Alberta and Canada*, mémoire, Edmonton, University of Alberta, Faculty of Nursing.

AUCOIN, L. (2004a). *Les grandes tendances et enjeux des centres hospitaliers universitaires de demain*, Bassin (Qc), InfoVeille Santé, [www.infoveillesante.com].

AUCOIN, L. (2004b). *Le leadership est-il possible dans un réseau public de services ?*, texte d'allocution prononcée lors du congrès annuel de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : tout un leadership à prendre !*, Montréal, 22 avril 2004, [www.clsc-chsld.qc.ca/evenemen/discours/index-discours.htm].

BAKER, G.R. *et al.* (2004). « The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, nº 11, p. 1678-1686.

BAUMANN, A. *et al.* (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Synthèse pour politiques*, Toronto, The Change Foundation ; Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

BLAIS, R., TAMBLYN, R., BARTLETT, G., TRÉ, G., et ST-GERMAIN, D. (2004). *Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

CLARK, J.S. (2004). « An aging population with chronic disease compels new delivery systems focused on new structures and practices », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 28, nº 2, p. 105-115.

COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LES ACCIDENTS ÉVITABLES DANS LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ (2001). *La gestion des risques, une priorité pour le réseau : rapport du comité ministériel*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2004a). *Normes en ressources humaines pour la prévention des infections au Québec : avis scientifique pour les centres hospitaliers*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2004b). *Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins : avis scientifique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

CONSEIL DU TRÉSOR (2004). « Répartition des dépenses de programmes de 47 151 M $ en 2004-2005 », dans [*Budget de dépenses 2004-2005 : Graphiques*], [www.tresor.gouv.qc.ca/budget/graph2004-05/graph_04-05.pdf].

COUGHLIN, C. (2001). « Care centered organizations, part 2: The changing role of the nurse executives », *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, nº 3, p. 113-120.

D'AMOUR, D. (2002). « La collaboration professionnelle : un choix obligé », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 339-363.

DESROSIERS, G. (2004). « Les lendemains de la Loi 25 : la gestion des soins infirmiers mise au défi », *Perspective infirmière*, vol. 2, nº 1, p. 6-7.

DORAN, D. (sous la dir. de) (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*, Sudbury (Mass.), Jones and Bartlett.

DUCHARME, F. (1998). « Pour un transfert rapide des connaissances dans les milieux de soins », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, nº 5, p. 41-48.

DUCHARME, F. (2002). « Les soins infirmiers et la recherche : perspectives au seuil du troisième millénaire », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 383-402.

ERICKSON, J.I., HAMILTON, G.A., JONES, D.E., et DITOMASSI, M. (2003). « The value of collaborative governance/staff empowerment », *Journal of Nursing Administration*, vol. 33, nº 2, p. 96-104.

GOULET, C., LAMPRON, A., MORIN, D., et HÉON, M. (2004a). « La pratique basée sur les résultats probants, partie 1 : origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact », *Recherche en soins infirmiers*, nº 76, p. 12-18.

GOULET, C., LAMPRON, A., MORIN, D., et HÉON, M. (2004b). « La pratique basée sur les résultats probants, partie 2 : les étapes du processus », *Recherche en soins infirmiers*, nº 76, p. 19-29.

GRANT, S.M., WILD, L., et VINCENT, J. (2004). « Process and outcome measures using nursing sensitive indicators », *Nurse Leader*, vol. 2, nº 2, p. 46-49.

HAY, C.L. (2004). « Leading towards the future: Implementing nursing leadership principles at the front line », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 17, nº 2, p. 69-81.

KNOX, S. (2004). « Creating a center for nursing excellence », *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, vol. 6, nº 2, p. 44-51.

LANGLOIS, A.M., ST-PIERRE, M., et BÉGIN, C. (2003). « Les réseaux de services intégrés : possibilités, limites et enjeux », dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 145-174.

Le Devoir (2003). « Publication du guide 100 carrières de la santé et des services sociaux : le réseau de la santé aura besoin de travailleurs », 11 novembre 2003.

LEMIRE RODGER, G. (2002). « Organisation et gestion des soins : projection dans l'avenir », dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay et M. Mayrand (sous la dir. de), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*, Cap-Rouge (Qc), Presses Inter Universitaires, p. 159-178.

LEPROHON, J. (sous presse). « Résultats probants et corporations professionnelles : quel genre d'appui est-on en droit d'attendre ? », dans D. Morin (sous la dir. de), *La pratique professionnelle en santé basée sur les résultats probants : questionnons à nouveau ce paradigme*, Montréal, Acfas, coll. « Les cahiers scientifiques ».

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux [Loi 113], L.Q. 2002, c. 71.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 90], L.Q. 2002, c. 33.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [Loi 25], L.Q. 2003, c. 21.

Loi sur les services de santé et les services sociaux [*L.S.S.S.S.*], L.R.Q., c. S-4.2.

LUC, D., et RONDEAU, A. (2002). « La mise en place d'une gestion par programmes : impacts sur les rôles, responsabilités et rapports d'influence. Le cas de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont », dans R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc (sous la dir. de), *Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement*, Montréal, Revue Gestion, coll. « Racines du savoir », p. 232-245.

MATHEWS, S., et LANKSHEAR, S. (2003). « Describing the essential elements of a professional practice structure », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 16, nº 2, p. 63-71.

MILLER, J., GALLOWAY, M., COUGHLIN, C., et BRENNAN, E. (2001). « Care-centered organizations, part 1: Nursing governance », *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, nº 2, p. 67-73.

MILLER, P., WORTH, B., BARTON, D., et TONKIN, M. (2001). « Redefining leadership responsibilities following organizational redesign », *Healthcare Management Forum/ Gestion des soins de santé*, vol. 14, nº 3, p. 29–33.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Planification de la main-d'œuvre infirmière : bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *Guide à l'implantation du projet clinique*, document de consultation, Québec, MSSS, Direction générale de la coordination.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Info – Sérhum*, Québec, MSSS, Service du développement de l'information, mai 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004d). *Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs de la santé du Québec : rapport final*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004e). *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information.

NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P.I., MATTKE, S., STEWART, M., et ZELEVINSKY, K. (2001). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*, Final Report for the US Department of Health and Human Services, Health Resources Services Administration, nº 230-99-0021, Boston, Harvard School of Public Health.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2003). *La pénurie d'infirmières de formation universitaire : une analyse complémentaire à la planification de l'effectif des infirmières pour les 15 prochaines années*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2004a). *Enquête sur la qualité des soins infirmiers : CHSLD Centre-Ville de Montréal*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2004b). « Le financement des programmes universitaires en sciences infirmières indispensable à la santé de la population », *Le Journal*, vol. 1, nº 5, p. 1, 4.

PARKER SHANNON, V.J. (2002). « La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 97-121.

PONTE, P.R., KRUGER, N., DEMARCO, R., HANLEY, D., et CONLIN, G. (2004). « Reshaping the practice environment: The importance of coherence », *Journal of Nursing Administration*, vol. 34, nº 4, p. 173-179.

STANTON, M.A. (2004). *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, coll. « Research in Action », nº 14.

THIBAUDEAU, M.F. (1999). « La pratique infirmière et la recherche », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 257-270.

WOLF, G.A., HAYDEN, M., et BRADLE, J.A. (2004). « The transformational model for professional practice: A system integration focus », *Journal of Nursing Administration*, vol. 34, nº 4, p. 180-187.